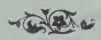
Ein Fall

von

chronischer ulceröser Enteritis.



Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

unter dem Präsidium des

Herrn Obermedicinalrat Prof. Dr. Bollinger

der hohen medicinischen Fakultät der
kgl. bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ludwig Pohlschroeder,

appr. Arzt aus Münster i. Westfalen.

J. P. Bachem in Köln. 15145

1895.

Ein Fall

von

chronischer ulceröser Enteritis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

unter dem Präsidium des

Herrn Obermedicinalrat Prof. Dr. Bollinger

der hohen medicinischen Fakultät der
kgl. bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ludwig Pohlschroeder,

appr. Arzt aus Münster i. Westfalen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0148

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Chronische Darmkatarrhe haben verschiedene pathologische Veränderungen der Darmschleimhaut im Gefolge. Entweder tritt eine ziemlich ausgedehnte Atrophie aller Teile der Darmwand ein, was gewöhnlich bei Kindern und marantischen Individuen der Fall ist, oder es hypertrophieren, fast nur bei Erwachsenen, die einzelnen Teile der Darmwandung, woran am meisten die Muskularis beteiligt ist. Hieran schliefst sich dann die unter dem Namen „einfache Darmstriktur" bekannte, gefährliche Folge-Erscheinung. In anderen Fällen wuchert das submuköse Gewebe, und es werden polypöse Fibrome gebildet, die sich über die Oberfläche erheben. (Enteritis polyposa.) Die weitaus gefährlichste pathologische Veränderung der Darmschleimhaut infolge chronischen Darmkatarrhes ist aber die ziemlich selten auftretende Verschwärung, wovon ich einen ganz charakteristischen Fall zu sehen Gelegenheit hatte.

Verschwärungen der Darmschleimhaut treten ja primär und sekundär im Verlaufe der verschiedensten Krankheiten ein. Abgesehen von Ulcerationsprozessen, die infolge von Darminkarzerationen, von Intussuszeptionen, von zerfallenden Neoplasien, von ätzenden Giften, die aus dem Magen etwa noch in den oberen Teil des Darmes gelangen können, bleiben noch folgende Formen von Verschwärungen, bei deren Einteilung ich Nothnagel[1]) folge:

„1. Peptische Geschwüre, wozu nur das Ulcus perforans duodeni rechnet.

---

[1]) Nothnagel: Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes: Symptomatologie der Darmgeschwüre, S. 224.

2. Katarrhalische Geschwüre, welche im Gefolge von Katarrhen erscheinen und entweder von den Follikeln ihren Ausgang nehmen (Folliculargeschwüre) oder von anderen Teilen der Darmwand, sei es durch primäre Schleimhauterosionen oder, wie man auch annimmt, — was Nothnagel bestreitet — durch kleine submuköse, nach dem Darmlumen durchbrechende Eiterheerde veranlafst. (Gewöhnliche katarrhalische Geschwüre.)

3. Diphtheritisch-dysenterische Verschwärungen.

4. Tuberculöse Geschwüre.

5. Syphilitische Verschwärungen.

6. Verschwärungen beim Milzbrand.

7. Typhöse Geschwüre, beim Abdominaltyphus.

8. Embolische Verschwärungen.

Man könnte noch verschiedene andere Geschwürsarten hinzufügen, die vielleicht von Nothnagel unter dem grofsen Sammelbegriff „diphtheritisch-dysenterische Geschwüre" zusammengefafst werden. Ich erinnere nur an die bei akuten Infektionskrankheiten — (Masern, Pocken etc.) — auftretenden Geschwüre. Ich erinnere ferner an die bei Morbus maculosus Werlhofii gefundenen Geschwüre (Zimmermann)[1]), an die von Aufrecht[2]) beobachteten Geschwüre bei amyloider Entartung, an die nicht seltenen Fälle von Geschwürsprozessen im Darm nach ausgebreiteten Verbrennungen der äufseren Haut, Verschwärungen, die man vielleicht dem Begriffe Nothnagels „embolische Verschwärungen" unterordnen könnte.

Ich werde mich hier nur mit den katarrhalischen

---

[1]) Zimmermann, Über zwei Fälle nekrosierender Enteritis bei morbus maculosus Werlhofii.

[2]) Aufrecht, Amyloidgeschwüre des Darmes. Berl. Kl. Wochenschrift 1869, Nr. 30.

Geschwüren beschäftigen und versuchen, einen allgemeinen Überblick über Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose mit Ausschlufs der Therapie derselben zu geben, um im Anschlufs hieran einen von Herrn Obermedicinalrat Prof. Dr. Bollinger mir gütigst zur Verfügung gestellten Fall ausgedehnter chron. ulceröser Enteritis hinsichtlich der oben bezeichneten Punkte einer kurzen Kritik zu unterziehen.

Was zunächst die ätiologische Seite betrifft, so fallen alle Ursachen chron. Darmverschwärung in letzter Beziehung mit den Ursachen des akuten Darmkatarrhes zusammen, da ja der chron. Darmkatarrh, wenigstens der idiopathische, sich gewöhnlich aus einem akuten entwickelt. Von vornherein ist die Darmschleimhaut schon besonders zur Entzündung disponiert, weil 1. „die Ausbreitung der feinsten Gefäfsnetze in den Zotten des Dünndarms unmittelbar unter dem Epithel stattfindet, so dafs die Gefäfse also Einwirkungen von aufsen her besonders leicht ausgesetzt sind, 2. die Anordnung der feinen Venenzweigchen in der Dickdarmschleimhaut, ganz wie im Magen, es mit sich bringt, dafs dem Abflusse des Blutes ein gewisser Widerstand entgegensteht, und 3. nach den Untersuchungen Cohnheims die Darmschleimhaut zu denjenigen Körperregionen gehört, wo die Passage der Blutzellen durch die Gefäfswand besonders leicht von Statten geht“ (Leube).[1]) Es genügen deshalb schon schwache Reize zur Erzeugung eines Darmkatarrhes.

In dieser Beziehung sind nun anzuschuldigen als Gelegenheitsursachen alle mechanisch oder chemisch stark reizenden Nahrungsmittel, gährende Getränke, verschluckte Fremdkörper, Gifte,

[1]) Leube, Krankheiten des Darms in v. Ziemssens Handbuch der spec. Pathol. und Therapie, S. 250.

Medikamente, Anhäufung fester Kotmassen, Erkältungen, Kontusionen usw. In zweiter Linie kann die Darmschleimhaut aus irgend welchem Grunde die normale Beschaffenheit verloren haben, so dafs die Reize, welche normaler Weise sie treffen, eine Entzündung auslösen, was man unter dem Sammelbegriff „symptomatischer Darmkatarrh“ zusammenfafst. Hierhin gehören die Katarrhe nach Stauungen im Pfortadergebiet, nach Stauungen bei Herz- und Lungenkrankheiten, die infolge von mangelnder Ernährung der Gefäfswandungen auftretenden Darmkatarrhe bei Tuberkulose, Morbus Brightii, wie ja auch tuberkulöse, dysenterische, karzinomatöse und typhöse Ulcerationsprozesse der Darmschleimhaut, gleich den Ulcerationen an anderen Körperstellen, in ihrer Umgebung Entzündungen unterhalten.

Die pathologischen Veränderungen beim akuten und chronischen Darmkatarrhe sind nun nach Leube[1]) folgende: „Die Schleimhaut ist mehr oder weniger gerötet und geschwollen, und es sind die oberen Schichten der Darmwand dabei sogar zuweilen ödematös, die Epithelien können massenhaft abgestofsen, die Zellen vergröfsert, das Protoplasma gekörnt, die Kerne undeutlich werden.“ Der pathologische Befund beim chronischen Katarrh unterscheidet sich nur insofern von dem beim akuten, als die „kleinsten Venen erweitert, eine dunklere Rotfärbung vorherrschend ist, untermischt mit brauner, schiefriger Pigmentierung besonders der Zotten, einer Folge früher gebildeter Extravasate“. Ferner schwellen die solitären Follikel mehr und mehr an und können eventuell geschwürig zerfallen, worauf ich später zurückkomme.

Die in einem solchen Zustande befindliche Schleimhaut kann nun sehr leicht einer Verschwärung anheimfallen. Gleichwie an der äufsern Haut leicht bei Epithel-

[1]) Leube, Krankheiten des Darmes, S. 246.

verlusten geschwürige Prozesse verlaufen, so kommt es auch bei der Darmschleimhaut, bei welcher infolge der massenhaften und plötzlichen Exsudationen stellenweise das Epithel abgestofsen und deshalb eine allen möglichen Schädlichkeiten exponierte und präparierte Fläche geschaffen ist, leicht zur Bildung von rundlichen, linsenförmigen, zunächst nicht tiefgreifenden Geschwüren, oder besser Erosionen. Was die einzelnen Schädlichkeiten betrifft, so erinnere ich in erster Linie an die unzähligen Bakterien, die im Darm vorkommen, „wo für jeden Liebhaber alles zu haben ist, was er will", wie Virchow[1]) sagt. Die durch diese Bakterien hervorgerufenen Prozesse sind in zweiter Beziehung anzuschuldigen als Erreger und Unterhalter der Ulcerationsvorgänge. Besonders giftig wirkt in dieser Beziehung ein Zersetzungsprodukt des Harnstoffs, der kohlensaure Ammoniak, den man häufig in den Dejektionen nachweisen kann. Nicht zu unterschätzen sind dann drittens die mechanischen Reize, die entweder durch eingedickte Kotmassen oder verschluckte Obstkerne, Nadeln oder Knochenstückchen ausgeübt werden. Der beste Beweis hierfür liegt in dem so häufigen Befunde von Geschwüren im Coecum und Proc. vermiformis, an den Flexuren und im Rectum, Stellen, die am meisten mechanischen Reizen ausgesetzt sind.

Haben nun einmal sich solche Substanzverluste ausgebildet, so gehen die weitern Zerstörungen nach Rokitanskys vortrefflicher Schilderung folgendermafsen vor sich. Vorher ist noch daran zu erinnern, wie Virchow in seinem Aufsatze über katarrhalische Geschwüre erwähnt, „dafs wir sichere Thatsachen in Bezug auf die Zustände (scilicet der Darmschleimhaut) im Leben noch nicht allzu viele besitzen, weil sich unsere gewöhnlichen Untersuchungen auf ein zu spätes Stadium beziehen, wo

[1]) Virchow: Katarrhal. Geschwüre. Berl. Kl. Wochenschr. 1883.

im Darm, namentlich durch die Zersetzung der Inhaltsmassen, schon zu viele sekundäre Veränderungen eingetreten sind.“ Im übrigen verlaufen die weiteren Vorgänge nach Rokitansky[1]) folgendermafsen. Aus den kleinen Erosionen, die nur oberflächlich liegen, gehen allmählich „Geschwüre mit buchtigem, unterminiertem Schleimhautrande und einer granulierenden Basis hervor, die sofort in und über das submuköse Bindegewebe in die Fleischhaut vordringen und perforieren. Beim Zusammenfliefsen mehrerer Geschwüre bleiben nicht selten inselförmige Reste auf der gemeinschaftlichen Geschwürsbasis zurück; aufserdem ragen vom Rande her häufig lange, schmale Schleimhautbuchten herein; oft hängen diese infolge submuköser Vereiterung als lose Streifen über die Geschwürsbasis hin“. Durch zunehmende Bindegewebswucherung und beträchtliche Retraktion der Geschwürsbasis sind die Schleimhauträndер und ihre Buchten und die Schleimhautinseln so aneinander gerückt, dafs sie gleichsam eine dichte Gruppe von Exkreszenzen darstellen, zwischen denen man auf die Schwiele hereinsieht.

Etwas anders gestalten sich die Verhältnisse bei einer eigentümlichen Form, die R. Meyer[2]) als submucoese eitrige Colitis bezeichnet, wobei zuerst kleinere Abszesse submucoes entstehen, die nicht von den Follikeln ausgehen, später perforieren und zu gröfseren Geschwüren zusammenfliefsen. Nothnagel[3]) hält diese Entstehungsweise, wenigstens primär, für nicht wahrscheinlich.

Grundverschieden von diesen Prozessen ist die sogenannte Follikular-Verschwärung, wobei zuerst die Follikel schwellen und sich später ähnliche Geschwüre bilden, wie bei der Dysenterie, so dafs einige Forscher

[1]) Rokitansky, Pathol. Anatomie, S. 202.
[2]) Klebs, Pathol. Anatomie, S. 283.
[3]) Nothnagel, Symptomatologie der Darmgeschwüre, S. 225.

(z. B. Bamberger) sie direkt chron. Dysenterie genannt haben. Es tritt zunächst eine Schwellung der Follikel ein, wobei merkwürdiger Weise bei katarrhalischer Affektion fast nur die Solitärfollikel ergriffen sind, während bei Tuberkulose die Peyer'schen Plaques zuerst ergriffen werden (Klebs).[1]) Diese Schwellung beruht zunächst auf einer ödematösen Durchtränkung, später auf einer Zellenneubildung, wobei über dem Niveau der Schleimhaut prominierende Knötchen sich bilden. Durch gegenseitigen Druck der Zellen tritt eine Nekrose derselben ein, woran sich ein kleiner Substanzverlust in der Spitze des Follikelknotens anschliefst. Hierbei stülpt sich die umgebende Schleimhaut nach innen gegen den Geschwürsrand herein, „so dafs," wie Rokitansky[2]) sagt, „die Mündungen der Krypten in denselben hereinsehen". Später fliefsen einzelne Geschwüre zusammen, und so entstehen ausgebreitete Geschwüre, die fast immer im Dickdarm, und zwar hauptsächlich im S. Romanum und im Rectum, sich finden.

Alle drei Arten von katarrhalischen Verschwärungen können heilen, indem die Schleimhauträuder der Geschwüre an deren Basis sich legen und allmählich ein Narbengewebe sich substituiert, wobei dann die unangenehmen Strikturen und Stenosen gebildet werden. Noch ungünstiger ist natürlich das weitere Vordringen des Geschwürsprozesses auf die Muscularis und Serosa und die sich eventuell daran anschliefsende Perforation mit ihren unheimlichen Folgen.

Die klinischen Symptome sind durchaus nicht so charakteristisch, als man im ersten Augenblick annehmen sollte. Es kommen Fälle vor, wo bei der Obduktion zahlreiche Geschwüre gefunden werden, ohne dafs dieselben im Leben irgend welche Symptome ver-

[1]) Klebs, a. a. O. 250.
[2]) Rokitansky, a. a. O. 227.

anlafst haben. Anderseits kann manchmal eine ganz geringgradige Affektion den schwersten Symptomenkomplex hervorrufen, wie dies Leube[1]) durch zwei prägnante Fälle beweist. Auch Eichhorst[2]) drückt sich ähnlich aus, indem er sagt: „Haben sich zum chron. Darmkatarrhe katarrhalische Darmgeschwüre hinzugesellt, so bleiben dieselben häufig während des Lebens verborgen.“ Das war übrigens den älteren Autoren ebenfalls bekannt. So schreibt z. B. Albers[3]): „Wenn man nicht die Blutstreifen in dem gelblichen Stuhle beobachtet, so gestehe ich, keine genügenden Unterscheidungsmerkmale für die Phlegmhymenitis enterica und die Suppuratio membr. muc. tub. intest. zu kennen.“

Welches sind nun die einzelnen Symptome, aus denen man sicher eine katarrhalische Darmverschwärung diagnostizieren kann; giebt es überhaupt solch' sichere Zeichen, und woher kommt es insbesondere, dafs in gewissen Fällen die Darmgeschwüre vollständig symptomlos bleiben? Ich folge bei dieser Untersuchung Nothnagels[4]) ausgezeichnetem Vortrage über „Die Symptomatologie der Darmgeschwüre“.

Die Symptome, worauf man eventuell die Diagnose auf ulceröse Enteritis bauen kann, sind nun folgende: 1. Durchfall; 2. Beimengung a) von Blut, b) von Eiter, c) von Gewebsfetzen zum Stuhl; 3. Schmerzen; 4. Peritonitis. Hinzufügen könnte man noch zwei andere Symptome, Fieber und allgemeine Ernährungsstörung, welche „aber so vieldeutiger Natur sind, dafs von einer eigentlichen Benutzung für die Diagnose unmöglich die Rede sein kann“. (Nothnagel[5]).

[1]) Leube, a. a. O. S. 208.
[2]) Eichhorst, Spec. Path. u. Ther., S. 222.
[3]) Albers, Die Darmgeschwüre, S. 223.
[4]) Nothnagel, a. a. O. S. 224.
[5]) ibidem S. 246.

Das erste Symptom ist also Durchfall, d. h. häufigere und dünnere Stuhlentleerung. Während bei typhösen und tuberkulösen, wenn auch ausgebreiteten Geschwürsprozessen Obstipation und Diarrhoe abwechseln können, wie dieses aus den Bemerkungen der verschiedensten Autoren — ich erwähne nur Spillmann, Damaschino, Habershon, Bamberger, Rühle, Leube, Kortum (citiert bei Nothnagel, S. 229) — hervorgeht, ist es in gewisser Beziehung für ausgedehnt katarrhalische und katarrhalisch-follikuläre Geschwüre typisch, dafs Durchfall besteht. Der Grund dafür liegt eben in der beim Katarrh eintretenden massenhaften Exsudation, worin gerade ein Hauptmoment für den Durchfall zu suchen ist. Durchfall ist für gewöhnlich eine Folge „der Verstärkung des motus peristalticus im Dickdarm und ganz besonders im unteren Teile desselben". (Leube.)[1])

Tritt nun in den letztgenannten Teilen des Darmes eine Verschwärung ein, so werden Nerven ihrer schützenden Hülle beraubt und allen Berührungen unmittelbar ausgesetzt, wodurch eine stärkere peristaltische Bewegung resultiert. Als zweites, eben so wichtiges Moment für den Durchfall kommt noch bei ausgedehnten Verschwärungen „die mangelhafte Wasserresorption von der erkrankten Darmwand" (Nothnagel, ibid. S. 228) in Betracht. Wie schon oben erwähnt, bleibt noch als Hauptursache für den beständigen, Tag für Tag sich wiederholenden Durchfall die massenhafte Exsudation bestehen, die ja bei den ausgebreiteten Entzündungen stets zu beobachten ist. Dafs nun trotzdem bei einzelnen katarrhalischen Geschwüren kein Durchfall eintritt, hängt von dem Sitze der Geschwüre ab, wie dieses aus den interessanten Untersuchungen Nothnagels[2]) und Engelmanns

[1]) Leube, a. a. O. S. 298.
[2]) Nothnagel, S. 230.

deutlich hervorgeht. Auf Grund dieser Untersuchungen, die ich nicht wiederholen will — es handelte sich hauptsächlich darum, ob der motus peristalticus des Dünndarms über die Bauhin'sche Klappe fortgeleitet wird, was überzeugend als nicht vorhanden nachgewiesen wird —, auf Grund dieser Untersuchungen kommt also Nothnagel zu folgenden Schlüssen, die sich zwar auf alle Darmgeschwüre beziehen, aber eben so gut für katarrhalische Geschwüre allein als mafsgebend betrachtet werden können.[1]) „1. Durchfälle können als Folge von Darmgeschwüren bestehen, ohne übrigens ein charakteristisches Symptom derselben zu bilden. 2. Sehr häufig aber auch werden Durchfälle durchaus vermifst. 3. Für die Erklärung des Fehlens der diarrhoeischen Entleerungen bei Darmulcerationen kommt die Natur und die Schnelligkeit der Entwickelung der Geschwüre gar nicht und die Zahl derselben, wenn sie nicht übermäfsig wird, ebenso wenig in Betracht. 4. Entscheidend für das Auftreten oder Fehlen der Diarrhoe ist wesentlich der Sitz der Ulcerationen und sehr wahrscheinlich noch der Umstand, ob selbst bei entsprechendem Sitze überhaupt noch sensible Nerven im Geschwürsgrunde sich finden, bzw. ob dieselben für den durch den gewöhnlichen Darminhalt gebildeten Reiz noch erregbar sind." So braucht Durchfall nicht einzutreten beim Sitz der Geschwüre im Dünndarm und im Coecum und Colon ascendens, während beim Sitze der Geschwüre im übrigen Dickdarm Durchfall fast regelmäfsig zu erwarten ist. Im gewissen Gegensatze hierzu befindet sich Leube[2]), der mehr Gewicht auf den begleitenden Darmkatarrh legt, indem er sagt: „Andauernden Durchfall im einzelnen Falle würde unter allen Umständen mehr auf einen den Geschwürsprozefs begleitenden Darmkatarrh, als auf

[1]) Nothnagel, a. a. O. S. 235.
[2]) Leube, a. a. O. S. 299.

besondere Intensität des ersteren hinweisen.“ Aus den Ausführungen dieser beiden Autoren geht wohl zur Genüge hervor, wie unsicher dieses Symptom für die Diagnose der katarrhalischen Darmgeschwüre verwertet werden kann.

Vielleicht läfst sich die Beschaffenheit der Stühle besser als diagnostisches Mittel heranziehen? Aber auch hier herrscht eine gewisse Unsicherheit, insofern das Vorkommen von Blut, Eiter, Gewebsfetzen im Stuhle, natürlich nur bei bestehendem Verdachte auf Darmgeschwüre, sicher für dieselben beweisend ist, wenn man nur immer im Stande wäre, im Stuhle derartige Dinge zu finden.

So gehört es zu den allerseltensten Ausnahmen, wenn man bei katarrhalischen Geschwüren im Stuhle Blut findet. Merkwürdiger Weise trifft dasselbe zu für tuberkulöse Geschwüre, während bei Dysenterie und typhösen Geschwüren selten eine Blutung ausbleibt. Nothnagel[1]) glaubt, dafs „der typhöse Prozefs als solcher überhaupt mehr infolge Ernährungsstörung der Gefäfswandung zu Blutungen disponiere“, wohingegen bei Dysenterie „der eilends vorschreitende Nekrotisierungsprozefs in der stark hyperämischen Schleimhaut“ die Schuld tragen soll. Vielleicht hat die Anschauung Leube's[2]) eine gewisse Berechtigung, dafs nämlich bei den tuberkulösen und follikulären Geschwüren nur deshalb Blut im Stuhle oft vermifst werde, „weil ein spärlicher, blutiger Überzug über die Fäkalmassen einesteils durch das Vorbeigleiten an der Darmwandung auf dem Wege von der Stelle des blutenden Geschwürs bis zum sphincter an wieder abgewischt, andernteils durch die im Dickdarme noch vor sich gehende Verdauung mit dem übrigen Darminhalt verändert wird“. Übrigens hat man beim Befunde einer Blutbeimischung zum Stuhle noch ver-

[1]) S. 236. — [2]) S. 299.

schiedene andere Ursachen auszuschliefsen, ehe man den Befund für die Diagnose der katarrh. Verschwärung verwerten darf. So kommen nach Kraus (citiert bei Leube) bei Ulcus duodenale in ein Drittel aller Fälle starke Blutungen vor. Ferner sind auszuschliefsen Embolie der Art. mesaraica, Pfortaderstauungen, Neoplasmen, Phosphorvergiftung, Skorbut, Hämorrhoiden usw. Darum spricht sich auch Nothnagel[1]) sehr vorsichtig aus, indem er in folgender Weise die Sache formuliert: „Wenn Blut im Stuhle auftritt unter Verhältnissen, welche überhaupt an die Möglichkeit von Geschwüren denken lassen, so wird diese Erscheinung mit einer sehr grofsen Wahrscheinlichkeit für Geschwüre sprechen. Weiter zu gehen ist nicht erlaubt."

Ähnlich verhält es sich mit Eiter im Stuhle. Um nur einen von den älteren Autoren anzuführen, so wundert sich Albers[2]) darüber, dafs Puchelt jedesmal im Stuhle bei Darmverschwärungen Eiter gefunden haben will, während er bei hundert sorgfältig beobachteten Fällen niemals dergleichen bemerkt habe. In ähnlicher Weise citieren Louis und Abercrombie. Die neueren Autoren haben eine ähnliche Meinung. Leube[3]) sagt, dafs man Eiter im Stuhle nur beim Sitz der Geschwüre im untersten Teile des Dickdarms erwarten dürfe. Ähnlich drückt sich Eichhorst aus. Nothnagel schliefst sich ebenfalls an, formuliert aber eine ziemlich bestimmte Fassung für die Diagnose[4]): „Wenn man bei bestehendem Verdacht auf Darmgeschwüre auch nur ein einziges Mal im Stuhle solche zweifellose Pünktchen oder Klümpchen Eiter auffindet, so halte ich die Diagnose für gesichert." Auch in meinem später zu beschreiben-

[1]) A. a. O. S. 237.
[2]) Albers, Die Darmgeschwüre. VI. 54.
[3]) A. a. O. S. 300.
[4]) A. a. O. S. 240.

den Falle zeigte sich nur ein einziges Mal eine geringe Anzahl weifser Blutzellen, was ja zu Gunsten der Nothnagel'schen These spricht. Woher kommt nun dieses eigentümliche Verhalten? Während bei Bronchitis und Cystitis, sogar ohne dafs eine Spur von Ulcerationen auf diesen Schleimhäuten zu bestehen braucht, jedesmal ein schleimig-eitriges oder rein eitriges Exsudat gefunden wird, vermifst man dieses für gewöhnlich bei Enteritis acuta oder chronica. Und ebenso bei bestehenden Geschwüren. Die Gründe dafür liegen nach Leube[1]) darin, dafs „die Darmsäfte den Geschwürsboden fortwährend bespülen und damit teils den Eiter nach unten hin mit fortreifsen, teils durch ihren peptischen Einflufs seine Bildung überhaupt hemmen". Ferner sollen die Zellen des Darmsaftes den Eiterzellen absolut gleichen, wodurch die Diagnose noch schwieriger gemacht wird.

Speziell für die eine Form von katarrh. Geschwüren, die sog. Follikulargeschwüre, soll nun nach den Urteilen der verschiedensten Autoren ein Stuhlbefund beweisend sein, nämlich die von Bamberger so bezeichneten „froschlaichartigen oder gekochten Sagokörnern ähnlichen durchsichtigen Schleimkörperchen".

Virchow hat als der erste darauf aufmerksam gemacht, dafs es sich zumeist um Gebilde pflanzlicher Natur, um Produkte der gestörten Amylumverdauung handle. Für die Diagnose von follikulären Geschwüren haben sie nach Nothnagel[2]) absolut keine pathognomonische Bedeutung. Wenn wirklich bei solchen Prozessen runde Schleimklümpchen gefunden werden, so könnte es nach Nothnagel „höchstens ein von aufsen in die Follikularverschwärungen hineingepreifster Schleim sein, oder von Lieberkühn'schen Drüsen stammen", „vielleicht gerade aus denen, welche mit ihren Mündungen gegen den Geschwürsgrund hereinsehen", wie

[1]) A. a. O. S. 300. — [2]) A. a. O. S. 241.

Leube[1]) vermutet. Gewebsfetzen der Darmschleimhaut kommen im Stuhle nur bei Dysenterie vor. Bei allen übrigen ulcerösen Prozessen fehlen dieselben.

Auf einen eigentümlichen Befund im Stuhle ist noch aufmerksam zu machen, nämlich auf die häutigen, röhrenförmigen, den Kroupmembranen und Gerinnseln der Luftwege gleichenden Massen, die bei der sog. Enteritis membranacea oder Colitis mucosa, wie sie Nothnagel genannt hat, vorkommen. Es ist dieses eine Affektion, die sich nach Krysinsky und Kitagawa auch aus dem chron. Darmkatarrh entwickeln soll, während Nothnagel[2]) dieses bestreitet. Jedenfalls sind die oben genannten Massen für katarrhalische Geschwüre absolut nicht beweisend.

Von einzelnen älteren Autoren wird auf Erbrechen und Icterus als diagnostisches Merkmal hingewiesen. Doch ist das nur charakteristisch für Ulcus duodenale. Natürlich, falls die Entzündung weitergreift und peritonitische Reizung eintritt, kann Erbrechen vorkommen, da ja dieses Symptom bei Peritonitis fast nie vermifst wird. Ebenfalls kann bei einem einfachen katarrh. Ulcerationsprozess die Entzündung das Duodenum mit ergreifen, woran sich dann ein Icterus anschliefsen kann.

Etwas mehr Gewicht ist auf lokalisierte Schmerzen zu legen, obwohl, wie Leube[3]) und Nothnagel[4]) bemerken, dem Schmerze als diagnostischem Zeichen eines Darmgeschwürs ungebührlich viel Wert für gewöhnlich beigelegt wird. Sehr charakteristisch sind die Schmerzen bei der Typhlitis in der fossa iliaca dextra; doch kann auch hier der Schmerz fehlen, wie aus

---

[1]) A. a. O. S. 300.

[2]) Nothnagel, Colitis mucosa in „Beiträge zur Phys. und Path. des Darmes".

[3]) Leube, a. a. O. S. 301.

[4]) Nothnagel, a. a. O. S. 242.

manchen Fällen von Perforationsperitonitis hervorgeht, wo der davon Befallene niemals auch nur ahnte, eine wie gefährliche, heimtückische Verschwärung seinen Darm ergriffen hatte. Nothnagel[1]) behauptet, dafs „spontaner Schmerz dem Darmgeschwür als solchem überhaupt nur ganz ausnahmsweise zukommt". Er sucht das zu beweisen, indem er die Darmgeschwüre mit den Geschwüren der äufseren Haut vergleicht, bei denen auch nur dann Schmerz eintritt, falls ein äufserer Reiz die Geschwürsfläche trifft. Den Darminhalt als solchen will er als Reiz nicht gelten lassen. Natürlich, sobald von tiefergehenden Geschwüren peritonitische Reizung erfolgt, tritt lokaler Schmerz ein, so dafs man e Peritonide auf eine Ulceration schliefsen kann. In diesen Fällen hängt der Schmerz aber nur mittelbar von dem Geschwürsprozefs ab. Kolikartige Schmerzen treten bei jedem Katarrhe auf, so dafs also auch sie nur mittelbar verwertet werden können. Tenesmus ist ganz typisch für Mastdarmgeschwüre. Hieraus geht wohl zur Genüge hervor, wie unsicher auch dieses Symptom für die diagnostische Verwertung ist, und Nothnagel[2]) betont ausdrücklich, dafs man „wegen fehlender Schmerzen nie eine Verschwärung ausschliefsen dürfe".

Als letztes Symptom ist noch die Peritonitis, die natürlich circumscript oder diffus auftreten kann, zu behandeln. Wie schon oben erwähnt, ist der Eintritt von Peritonitis bei bestehendem Verdacht auf Darmgeschwüre ein sicheres Zeichen für letztere. Nur ist zu bemerken, dafs bei Perforationen tiefer gehender Darmgeschwüre nicht immer Peritonitis einzutreten braucht, wenn nämlich „Geschwüre an denjenigen Stellen des Darmes, welche der Serosa entbehren, so an der Hinterwand des zweiten und dritten Stückes des Duodenum, des Colon ascendens und descendens, durch-

[1]) A. a. O. S. 242. — [2]) A. a. O. S. 245.

brechen (Leube), wodurch die Verschwärung per contiguitatem auf das anliegende Zellgewebe fortgeleitet wird.

Fieber kann vorhanden sein, kann auch fehlen. Sollte bei einem Falle, der bis dahin fieberlos verlaufen, im übrigen aber gewisse Anhaltspunkte für Darmgeschwüre geboten, plötzlich Fieber, heftigere Schmerzen und Erbrechen auftreten, so ist natürlich das Krankheitsbild klar geworden.

Dafs das Allgemeinbefinden bei ausgedehnten Ulcerationen ungemein leidet, ist selbstverständlich. Man braucht nur auf die mangelhafte Resorption von verdautem Darminhalt wegen der Unwegsamkeit der Lymphbahnen, auf die andauernden Diarrhoen, wodurch nicht vollständig verarbeitetes Nahrungsmaterial wieder aus dem Körper herausgeschafft wird, auf das Erbrechen usw. hinzuweisen, um über den allgemeinen Kraftverfall klar zu werden.

Die physikalischen Untersuchungsmethoden sind so bedeutungslos, dafs man sie füglich übergehen kann, da sie fast nur bei den Typhlitis und den Mastdarmgeschwüren Verwertung finden können.

Fafst man alles zusammen, so wird man sich der Überzeugung nicht verschliefsen dürfen, dafs die ulcerösen Enteritiden ein sehr wechselndes Krankheitsbild liefern, und dafs mit absoluter Sicherheit die Diagnose nur in seltenen Fällen gestellt werden kann, meist nur in solchen, wo die eingetretene Perforationsperitonitis jeder Therapie spottet. Nothnagel[1]) fafst seine Untersuchungen folgendermafsen zusammen: „Darmgeschwüre können häufig symptomlos bestehen. — Selbst bei sehr grofser Menge und Ausbreitung derselben stehen die etwa vorhandenen Erscheinungen oft in gar keinem Verhältnisse zur Intensität der anatomischen Veränderungen.

[1]) A. a. S. O. 246.

— Zuverlässige Zeichen der Darmverschwärung sind nur Eiter und Darmgewebsfetzen (bei Dysenterie) im Stuhl: ein sehr wichtiges Zeichen ist auch Blut im Stuhl, immerhin jedoch nur mit Vorsicht zu verwerthen; zu direkten Schlüssen gar nicht verwendbar ist die Zahl und blofs dünne Beschaffenheit der Stühle. — Der Nachweis einer umschriebenen Peritonitis kann unter Umständen die Diagnose stützen, eine Perforationsperitonitis sie sicher stellen."

Die Prognose ist fast in jedem Falle ungünstig zu stellen. Natürlich können einzelne Geschwüre verheilen, woran sich aber gewöhnlich Stenose oder Strictur in gröfserem oder geringerem Grade mit all den gefährlichen Folgeerscheinungen anschliefsen kann. Am günstigsten sind noch die Mastdarmgeschwüre, da man bei eventuell eingetretener Stenosierung ziemlich leicht therapeutisch eingreifen kann. Sollte übrigens bei langdauerndem Ulcerationsprozessen der Tod nicht infolge Erschöpfung oder interkurrenter Krankheiten erfolgen, so beendigt gewöhnlich bei tiefergehenden Geschwüren eine Perforationsperitonitis die qualvollen Leiden des Kranken.

Ich übergehe die Therapie als zu weitläufig und schliefse hieran die Veröffentlichung eines ganz charakteristischen Falles von ausgedehnter ulceröser Enteritis (speziell Colitis). Die folgende Krankengeschichte verdanke ich der Liebenswürdigkeit des praktischen Arztes Herrn Dr. Gustav v. Hösslin.

Herr E. R., 58 Jahre, behauptete öfters, von Jugend auf zart und schwächlich gewesen zu sein; schon in den ersten Kinderjahren sei er durch abnorm geringe Zunahme des Körpergewichtes seinen Eltern im Gegensatz zu seinen Geschwistern aufgefallen; auch in den Knabenjahren war er immer schwächlicher als seine Altersgenossen. Seit er sich erinnern kann, habe er an Diarrhoen gelitten; er weifs nicht, jemals einen normalen Stuhlgang gehabt zu haben. Ob je andere schwere Erkrankungen überstanden wurden, ist unbekannt. Seit circa 30 Jahren leidet er an fast beständigen

Kreuzschmerzen, die er einem Falle auf den Rücken aus beträchtlicher Höhe herab zuschreibt; nach gröfseren Körperanstrengungen, auch nach dem Fahren oder während desselben in Kutschen, selbst in der Eisenbahn steigern sich dieselben zu unerträglicher Heftigkeit. Mit den Diarrhoen bringt er dieselben nicht in Verbindung, was auch plausibel erscheint, nachdem sie durch eine im Okt. 1891 begonnene und zwei Monate fortgesetzte Kur mit dem galvanischen Strome für immer beseitigt wurden. Andererseits haben sich die Kreuzschmerzen nie vermindert, wenn auch durch Diät und Brunnenkuren die Diarrhoen geringer waren.

Herr Dr. Gustav v. Hösslin hat den Patient. im Sept. 1891 übernommen. Derselbe gibt an, jeden Morgen, etwa um 3 Uhr, durch eine mit kolikartigen Schmerzen verbundene Diarrhoe geweckt zu werden; nach zwei Stunden wieder dünnflüssiger Stuhl, manchmal später noch ein dritter Stuhl. Die Stühle zeigten normale Farbe, dünnflüssige Konsistenz, keine Beimischung von Schleim oder Blut, keine unverdauten Speisereste, keinen abnormen Geruch. Auch sollen die Stühle vorher nie anders gewesen sein. Ueber Tags tritt nur sehr selten einmal eine Entleerung ein. Die Untersuchung seiner Organe — auch die des Harnes — ergibt ein absolut negatives Resultat. Auffallend ist nur eine hochgradige Röte des Gesichtes und eine ausgebreitete Acne desselben — starke Hyperämie — während die Haut der übrigen Körperoberfläche ziemlich blafs und die der Extremitäten kalt, trocken und öfters leicht cyanotisch ist. Das Muskelsystem ist auffallend schwach entwickelt; ebenso das Fettpolster gering, nur das Abdomen zeigt eine mehrere cm. dicke Fettschicht. Dementsprechend sind auch die Körperkräfte und die Leistungsfähigkeit gering; die Herzthätigkeit und der Puls sind ziemlich schwach, der Appetit minimal, hingegen der Durst so grofs, dafs Patient selbst während der Nacht mehrmals aufsteht und Wasser trinkt. Der Verdacht auf Diabetes wird durch wiederholte, negativ ausfallende Harnuntersuchungen entkräftet. Hingegen liegt die Vermutung nahe, dafs Alkoholismus chronicus vorliegt, obwohl derselbe auf's entschiedenste geleugnet wird.

Im Frühjahr 1892 machte Patient zum 15. (?) Male eine Kur in Karlsbad durch, die, wie immer, eine vorübergehende Besserung zur Folge hatte: Zunahme des Appetits, Verringerung der Ausleerungen und Hebung des allgemeinen Kräftezustandes. Während des Landaufenthaltes wieder bedeutende Verschlimmerung, hochgradigste Anorexie und Abmagerung um 22 Pfund (von April bis September).

Daher Transferierung in die Heilanstalt des Dr. Fischer in

Constanz, um Regelung der Diät und Beaufsichtigung in puncto potatorii zu erzielen. Hier tritt infolge strenger antidiarrhoeischer Diät und Aufsicht und beständigem Gebrauche von Opium langsam und ganz allmählich eine Abnahme der Diarrhoen, eine geringe Zunahme des Appetits, der Kräfte und des Körpergewichtes (10 Pfd. in 6 Monaten) ein; es finden nur mehr 1 bis 2 morgentliche diarrhoeische Stühle statt, die Kolikschmerzen sind geringer Auch während der folgenden Sommermonate ist der Zustand ein verhältnismäfsig guter, bis im November 1893 wieder allmälige Verschlimmerung aller Erscheinungen eintritt.

Mitte Dezember tritt ein derartiger Nachlafs der Kräfte ein, dafs Patient nicht mehr im Stande ist, aufser Bett zu bleiben. Die Anorexie ist so hochgradig, dafs er nur noch flüssige Kost hinunterwürgen kann und zwar nimmt er am liebsten Reiswasser, Hening'schen Eiertrank mit Cognac, Rotwein. Die Diarrhoen treten 6 bis 9 Mal in 24 Stunden auf, fast jedesmal unter heftigen Schmerzen. letztere etwas verringert durch Opiate per os oder anum, während weder diese, noch irgend welche andere Medikamente oder Überschläge die Ausleerungen beeinflussen. Die Konsistenz derselben ist wie früher; weder makroskopisch noch mikroskopisch lassen sich irgendwelche pathologische Beimengungen — Blut, Schleim, Eiter, Krebselemente usw. — nachweisen; nur einmal zeigten sich durch Centrifugieren des Stuhles geringe Mengen weifser Blutzellen, die das nächste Mal wieder fehlten. Die Kräfte nehmen von Anfang Januar 1894 an tagtäglich ab, die Nahrungszufuhr wird immer geringer, die Schmerzen werden heftiger und treten auch aufserhalb der Stühle ein, es ist eine grofse Empfindlichkeit des Abdomens auf Druck zu konstatieren. Mitte Januar zeigen sich leichte Oedeme der Abdominalhaut, und in der ganzen Beckengegend, im Abdomen ist eine kleine Menge Asciterflüssigkeit nachzuweisen, an den Unterextremitäten treten bis über die Kniee zahllose stecknadelkopf- bis erbsen-grofse Petechien auf, die Abmagerung nimmt rapid zu, der Schwächezustand steigert sich, das Sensorium ist öfters benommen, Sedes involuntariae, Harnmenge bedeutend vermindert. Ende Januar tritt Husten und starke Trockenheit der Mund- und Rachen-Schleimhaut ein. Über beiden Lungenspitzen kleinblasiges Rasseln zu hören. Am 5. Febr. 1894 Tod.

Die von Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger am 6. Februar vorgenommene Sektion[1]) ergab folgendes Resultat. Äufsere Besichtigung: Ziemlich abgemagerten und wenig kräftig gebauten Körper, Haut sehr blafs, Fettpolster über Brust

[1]) Sektions-Journal des Pathol. Instituts Nr. 77. 1894.

und Unterleib ziemlich gut entwickelt, Rippenknorpel stark verkalkt, Organ der Respiration: in beiden Lungenspitzen schiefrig-schwielige Narben mit entsprechender Verwachsung der Pleurablätter. Lungengewebe sonst lufthaltig, wenig blutreich. Die Hauptstämme der Lungenarterie beiderseits durch derbe, fast fingerdicke Pfröpfe verstopft.

Organ der Circulation: Herzbeutel vollständig verwachsen, Herz selbst klein, sehr dünnwandig, schlaff, welk, wenig Blut enthaltend, Klappen gehörig.

Milz: verkleinert, geschwunden, blutarm, sonst gehörig.

Leber: verkleinert, geschwunden, blutarm, sonst gehörig. In der Gallenblase wenig flüssiger Inhalt.

Nieren: verkleinert, geschwunden, blutarm, sonst gehörig.

Verdauungs-Kanal: Magen etwas erweitert, enthält wenig schleimigen Inhalt. Schleimhaut blafs.

Der Bauchfellüberzug des Dünndarms zeigte eine mäfsige Zahl schiefriger Flecken von verschiedener Gröfse. Nach Eröffnung des Darmes finden sich entsprechend diesen Stellen in der Schleimhaut flache, rundliche Geschwüre mit schiefrigem Grunde und glatten angelegten Rändern. Im Dickdarm und namentlich im Grimmdarm finden sich ausgedehnte geschwürige Zerstörungen, welche ringförmig vielfach den Umfang eines Handtellers und eine Länge von 25 cm. erreichen. Grund und Ränder dieser Geschwüre sind schiefrig verfärbt, erstere ziemlich glatt, fast nirgends zerfressen und an verschiedenen Stellen dem Durchbruche sehr nahe. Entsprechend solchen tiefgreifenden Geschwüren ist das Bauchfell im Zustande frischer Entzündung mit zarten faserstoffigen Auflagerungen bedeckt und stark gerötet.

Darminhalt dünnflüssig, Gekrösdrüsen gehörig.

Anatomische Diagnose: Chron. ulcer. Enteritis (besonders des Colon, und in geringem Grade des ganzen Dünndarmes). Einzelne Ulci des Colon der Perforation nahe — umschriebene Peritonitis sicca. Nebenbefunde: Thrombose der Lungenarterien beiderseits. Atrophie des Herzens. — Adhaesiv-Pericarditis. — Allgemeine Anaemie und Abmagerung. — Atrophie der Leber, Milz und Nieren. — Spitzentuberkulose beiderseits mit leichtem Nachschube. Auf Grund dieser Befunde hat sich das Krankheitsbild folgendermafsen gestaltet: „Im Anschlufs an die aufserordentlich schwere und ausgedehnte Darmverschwärung kam es zu allgemeinen Ernährungsstörungen: Blutarmut, Abmagerung, Schwund des Herzmuskels und aller übrigen Körperorgane. Infolge der Herzschwäche Thrombenbildung im Herzen,

die zur embolischen Thrombose der Lungenarterien führte, plötzliche Unterbrechung des Lungenkreislaufes, Lungenlähmung."

Ätiologisch liegt der Fall nicht ganz klar. Der behandelnde Arzt hat an Alcoholismus chronicus gedacht, was aber vom Patienten energisch bestritten wurde. Auch die Sektion ergab keine positiven Anhaltspunkte, die den Verdacht hätten bestätigen können. Man mufs sich daher mit der Vermutung begnügen, dafs in diesem Falle die Darmschleimhaut eine so geringe Widerstandskraft besafs, dafs sogar sonst normale Reize dieselbe leicht in den Zustand der Entzündung versetzen konnten, wofür die Angaben der Krankengeschichte von der langsamen Entwickelung und grofsen Schwäche des Patienten in den Kinderjahren, sowie dem nie vorhanden gewesenen normalen Stuhle unterstützend angeführt werden mögen. Objektive Befunde können nicht beigebracht werden, so dafs man zu dem leider so unklaren Begriff „Disposition" seine Zuflucht nehmen mufs.

Pathologisch-anatomisch ist das Krankheitsbild ziemlich deutlich. Von vornherein ist natürlich auf die Worte Virchow's, die schon oben erwähnt wurden, aufmerksam zu machen, dafs nämlich „sichere Thatsachen in Bezug auf die Zustände im Leben" noch nicht vorhanden sein könnten, „weil unsere Untersuchungen sich auf ein viel zu spätes Stadium beziehen". Infolgedessen darf man vorliegenden Sektionsbefund mit der von allen Autoren als klassisch anerkannten Schilderung der katarrh. Darmulcerationen (s. o.) Rokitansky's nicht ganz so streng in Vergleich bringen. Es sind eben schon so viele sekundäre Veränderungen eingetreten infolge Zersetzung der Inhaltsmassen usw., so dafs man zufrieden sein mufs, wenn nur in der Hauptsache ein übereinstimmendes Resultat erzielt wird, was ja auch in diesem Falle zutrifft. Es handelt sich um ausgedehnte katarrhalische Geschwüre infolge chron. Darmkatarrhes. Die Follikularverschwärung ist nach dem

ganzen pathologischen Befunde, sowie nach der ganzen Krankengeschichte (kein Blut, kein Eiter, keine Schleimklümpchen) auszuschliefsen. Ebenso erinnert das pathologisch-anatomische Bild in keiner Weise an tuberkulöse Geschwüre; es finden sich keine Miliartuberkeln in der Umgebung, keine Schwellung der Mesenterialdrüsen, die bei einem so lange dauernden Prozefs nie hätte ausbleiben dürfen, usw. Ferner fehlt eine härtere und diffusere Infiltration der Geschwürsränder und des umgebenden Gewebes, das ja für Syphilis so charakteristisch ist.

Symptomatologisch ist nicht viel zu sagen. Wie schon oben ausgeführt wurde, sind die Symptome für Darmgeschwüre so wechselnd und so vieldeutig, dafs man erst spät zur richtigen Diagnose gelangen kann. Jedenfalls hat hier ein sehr lange dauernder chron. Katarrh bestanden, der erst spät — vielleicht in den letzten Jahren — zu tief greifenden Zerstörungen geführt hat. Folgt man Nothnagels Worten, dafs nämlich „die Diagnose auf Darmgeschwüre für sicher zu halten ist, falls bei bestehendem Verdachte auch nur ein einziges Mal im Stuhl solche zweifellose Pünktchen oder Klümpchen Eiter gefunden werden, so war in diesem Falle in einem recht späten Stadium, sobald nämlich die weifsen Blutkörperchen gefunden waren, die Diagnose gesichert. Die anderen Symptome, chron. Diarrhoe, Kolikschmerzen, allgemeine Abmagerung und Kräfteverfall liefsen ja einen solchen Prozefs vermuten, aber nicht als unzweifelhaft hinstellen. Man sieht auch in diesem Falle, wie schwer und wie spät eine sichere Diagnose auf Darmgeschwüre gestellt werden kann.

Übrigens ganz abgesehen von dem Wechsel und der Vieldeutigkeit der einzelnen Symptome bringt schon die aufserordentliche Seltenheit der chron. ulcer. Enteritis in einer solchen Ausdehnung eine Erschwerung in der Diagnose mit sich. Es ist ungemein schwer, aus den

bei älteren Autoren angeführten Fällen ausgedehnter chron. Darmverschwärung identische oder ähnliche Krankheitsbilder zu suchen. Es liegt das zum grofsen Teile daran, dafs die von den älteren Autoren beobachteten Fälle chronischer Darmverschwärung fast sämtlich auf Tuberkulose, Syphilis, eventuell auch Krebs, zurückzuführen sind, zum Teil an der aufserordentlichen Seltenheit solcher Fälle. Gewifs sind von Cloquet, Louis, Abercrombie, Andrae (citiert bei Albers, „Die Darmgeschwüre"), um nur einige ältere Autoren anzuführen — das Lesser'sche Werk über Darmverschwärung stand mir nicht zur Verfügung — auch Fälle von einfachen katarrhalischen Geschwüren mitgeteilt worden, aber solche ausgedehnte Prozesse fast niemals. Bei Andral[1]) findet sich eine Stelle, die vielleicht auf einen solchen Prozefs hinweist: „In einem neulich von mir beobachteten Falle blieb vom aufsteigenden Grimmdarm bis zum Ende des Mastdarmes nicht ein Zwischenraum von ein paar Linien, die nicht mit rundlichen Geschwüren von der Gröfse eines Groschenstückes besetzt waren. So scheinen auch manche Fälle, welche Louis in seinen Mémoires sur la perforation de l'intestin grêle beschrieben hat — ich zitiere nach Albers, da mir das Original nicht zur Verfügung stand — hierin zu gehören. Die sonst von Louis angeführten Fälle sind sämtlich tuberkulöser Natur. Dafs übrigens diese ausgedehnten katarrhalischen Verschwärungen der Darmschleimhaut bekannt waren, geht aus der Schilderung Albers[2]) der Dickdarmgeschwüre hervor, wenn er sagt: „Zuweilen nehmen diese oberflächlichen Geschwüre nur einen sehr kleinen Raum ein, sind aber desto häufiger, so dafs das Ganze eine mit Inseln durchzogene Landkarte in diesen ebenso weit verbreiteten als häufigen Erosionen darstellt", eine Schilderung die an Rokitansky erinnert.

[1]) Andral, Pathol. Anatomie S 64.

[2]) A. a. O. S. 176.

In der neueren Zeit hat das Bild der chron. ulc. Enteritis schärfere Umrisse bekommen, wie ja aus den Schilderungen der verschiedensten pathologischen Anatomen und Kliniker hervorgeht. Wie selten aber solche Fälle ausgedehnter Verschwärung in Wirklichkeit sind, möge daraus hervorgehen, dafs ich trotz eifrigen Suchens ähnliche, mit dem vorliegenden Falle in etwa übereinstimmende Befunde nicht getroffen habe, obwohl ja in manchen Zeitschriften noch derartige Mitteilungen verborgen sein können.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger, für die freundliche Überlassung des besprochenen Falles und die gütige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit, sowie dem praktischen Arzte, Herrn Dr. G. v. Hösslin für die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichte, meinen verbindlichsten Dank abzustatten.